

Guide de RECOMMANDATIONS

Gestion épidémie de COVID19

À destination des Etablissements médico-sociaux

Secteur Personnes âgées/personnes handicapées



Date de mise à jour :
27 mars 2020

POUR INFORMATION

Ce KIT ne se substitue pas aux consignes et recommandations communiquées par les institutions officielles, ni à vos procédures internes (activation du plan bleu et du plan de continuité d'activité). C'est une aide proposée aux structures afin de les soutenir, au bénéfice de l'accompagnement le plus digne possible de nos aînés.

Au regard de l'évolution épidémique et des connaissances relatives à celles-ci, nous vous invitons à considérer l'ensemble des communications que vous recevez **CHRONOLOGIQUEMENT**.

Table des matières

Prise en charge de cas suspects et/ou confirmés COVID 19 en structures d'hébergement permanent médico-social (Personnes âgées/handicapées)	2
Organiser un secteur COVID.....	3
Repérer les cas suspects	5
Repérer les cas suspects : Les formes cliniques atypiques	6
Contact tracing en EHPAD autour de cas confirmé(s) ou probables	7
Adaptation matériel et dispositifs de protection	10
Gestion des excréta	11
Hospitalisation d'un résident confirmé.....	12
Prélèvement en établissement médico-social (PA/PH).....	13
Prise en charge d'un cas confirmé en structure médico-sociale (PA/PH)	14
Prise en charge de la fin de vie et du décès d'un résident COVID 19	15
ANNEXES (Fiches)	16
Protocole d'habillage à l'extérieur de la chambre	17
Protocole de déshabillage à l'intérieur dans la salle de bain de la chambre.....	18
Protocole de déshabillage à l'extérieur de la chambre	19
Protocole sur l'Organisation des soins à l'intérieur de la chambre	20
Gestion de l'oxygène.....	21
Désinfection JAVEL.....	22
Conduite à tenir pour les Pompes Funèbres.....	23
Fiche d'aide à la prise de décision de limitations de soins aux personnes résidents d'EHPAD en prévision d'une contamination COVID-19 symptomatique.....	24

Prise en charge de cas suspects et/ou confirmés COVID 19 en structures d'hébergement permanent médico-social (Personnes âgées/handicapées)

Check- list

Anticiper

- Actualiser le plan bleu conformément aux indications ministérielles du 20/3/2020
- Actualiser le plan de continuité d'activité (base : absentéisme 20%)
- Actualiser les protocoles d'hygiène, prise en charge des IRA, fin de vie
- Actualiser les conventions de partenariat ES, HAD, EMSP
- Compléter les dossiers liaison urgence
- Constituer une cellule éthique pluridisciplinaire
- Identifier au sein des structures handicap un médecin coordonnateur (mutualisation possible autre établissement/autre OG) - augmentation possible du temps d'intervention durant l'épidémie.
- Identifier un binôme qui pourra réaliser les prélèvements (Cf. fiche prélèvements + formation)

Organiser

- Identifier un référent COVID 19 au sein de chaque établissement
- Restreindre l'accès à l'établissement en organisant un point d'entrée unique
- Affichage adapté dans l'établissement des mesures barrières à observer
- Tenir un registre des entrées et des sorties
- Planifier les interventions para-médicales après réévaluation médicale du bénéfice/risque
- Identifier au sein de l'établissement un secteur COVID
- Adapter le chariot d'urgence

Protéger

- Interdire les visites (sauf situations exceptionnelles)
- Maintenir autant que possible les résidents dans leur chambre et éviter les regroupements au sein de la structure.
- Restreindre les sorties aux seules urgences
- Assurer une période d'isolement de 14 jours suite retour
- Reporter toute nouvelle admission sauf situation exceptionnelle évaluée par le médecin de la structure
- Suspendre toute nouvelle admission si cas groupés COVID 19 dans la structure
- Mettre en oeuvre de façon continue des mesures barrières robustes

Informer

- Régulièrement à l'ensemble du personnel les mesures barrières
- Rappeler les règles d'utilisation des masques chirurgicaux (avis SF2H des 04/03/2020 et 14/03/2020)
- Assurer un lien régulier avec les familles en développant l'utilisation des nouvelles technologies (Skype, Whatsapp...)
- Mobiliser de façon anticipée le psychologue pour soutenir les familles, les résidents et les personnels
- Informer les médecins traitants du renforcement du rôle du médecin coordonnateur dans le suivi des malades confirmés

Organiser un secteur COVID

- L'identification d'un secteur COVID au sein des EMS est préconisée afin de limiter la propagation du virus en cas d'atteinte d'un résident.
- Cette préconisation peut être difficile à mettre en œuvre et nécessite en ce cas des adaptations permettant le maintien à l'isolement dans la chambre du résident tout en assurant les mesures barrières.
 - Chambre double : application des mêmes précautions au voisin de chambre.

Dimensionner

- Identifier une équipe dédiée OU limiter le nombre d'intervenants auprès du résident malade
- Intégrer l'organisation de cette équipe au PCA et évaluer les éventuels besoins de renfort en lien avec l'ARS
- Identifier les besoins en matériels dédiés (Cf page suivante)

Protéger

- Les procédures d'habillage/déshabillage doivent être plastifiées et affichées sur la porte et à l'intérieur de la chambre (procédure d'auto-contrôle). (Cf. « Fiches Habillage/Déshabillage »)
 - Technique d'habillage/déshabillage : https://www.youtube.com/watch?v=UHEATN2pN_8
- En cas de personnel dédié, les RETEX indiquent le port de pyjamas jetables, un masque chirurgical toute la journée (à changer selon recommandations). Si plusieurs cas dans le secteur, le changement de tenue auprès de chaque résident malade n'est pas observé systématiquement en l'absence de souillure (à l'exception des gants avec solution hydro-alcoolique).
- Pour les soins invasifs (prélèvements nasopharyngés, bains de bouche, patients expectorants beaucoup, diarrhées) : port d'un FFP2. L'ensemble de l'EPI est alors retiré après chaque résident.
- Veiller à une hygiène des mains irréprochable : ne jamais porter ses mains au visage sans friction hydroalcoolique.
- Nettoyer/désinfecter régulièrement : poignées de porte, téléphones, claviers, souris, interrupteurs...
- Aérer les pièces pour diminuer la circulation du virus : chambres (entre baillage sécurisé), bureaux...

Organiser

- Installer du matériel à l'extérieur de la chambre : potence pour matériel propre (masques Chir./FFP2, lunettes propres, charlottes, gants, surblouses à manches longues, solution hydroalcoolique), un chariot pour le sale (bac désinfectant voire lingettes pour les lunettes, le stéthoscope + lingettes pour poignée de porte)
- Installer du matériel à l'intérieur de la chambre : table dans l'entrée pour résident malade valide (dépose plateau sans avoir à s'habiller), poubelle jaune DASRI (éviter système d'ouverture au pied qui crée un mécanisme d'aérosols et préférer bacs simples)
 - Installer dans l'entrée de la chambre une feuille de constantes avec stylo accroché
- Aucun document écrit ou informatique ne rentre et ne sort de la chambre. Les relevés de constantes, transmission doivent être réalisés immédiatement après passage dans la chambre.
 - Éviter les regroupements des personnels pour les repas

Organiser un secteur COVID : Matériels pour chambre d'isolement

Type de matériel	Quantité	Traitement
Masques chirurgicaux		Voir protocole habillage chambre
Masques FFP2 (si soins invasifs)		Voir protocole habillage chambre
Charlottes		DASRI
Gants Taille S		DASRI
Gants Taille M		DASRI
Gants Taille L		DASRI
Rouleaux de sac DASRI 20 litres		DASRI
Tablier plastique soins mouillant		Voir protocole habillage chambre
Blouse manches longues		Voir protocole habillage chambre
Réniforme		DASRI
Container objets perforants		DASRI/OPTC
Lunette de protection		A désinfecter (non jetable)
Affiches pour mise en place précautions complémentaires Air + Gouttelette	Méthodologie d'Habillage et Déshabillage à afficher	
SHA	Ext et Int	

Thermomètre	A laisser en chambre si possible ou à désinfecter
Tensiomètre	A laisser en chambre si possible ou à désinfecter
Saturomètre	A désinfecter lors de la sortie
Glucomètre	A désinfecter lors de la sortie
Stéthoscope	A laisser en chambre
Conduite à tenir : Désinfection Spray (détergent/désinfectant)	

Repérer les cas suspects

Repérer les cas suspects

- Un principe : tout syndrome grippal ou rhino-pharyngé doit faire l'objet d'investigations systématiques par le médecin coordonnateur/médecin salarié/médecin traitant

Observer

- Le repérage du cas suspect repose sur l'observation des personnels de prise en charge de l'établissement
- Les 1ers symptômes sont généralement : fièvre ou sensation de fièvre, signes de difficultés respiratoires de type toux ou essoufflement, courbatures.
- Chez le sujet âgé : des formes avec symptomatologie digestive et état confusionnel, initialement non fébriles sont souvent au 1er plan - Cf. FICHE FORMES CLINIQUES ATYPIQUES.

Evaluer

- La suspicion d'atteinte par le COVID doit être retenue face à : tout syndrome grippal ou rhinopharyngé
- L'évaluation est réalisée dans les plus brefs délais par le médecin coordonnateur/salarié/traitant.
- Si le résident présente des signes de gravité (Cf. fiche "Prise en charge d'un cas confirmé en structure médico-sociale"), le personnel contacte sans délai le SAMU-Centre 15. Le médecin de l'établissement est informé concomitamment.

Agir

- Placer le résident à l'isolement dès l'observation des symptômes et vigilances : secteur COVID ou maintien chambre individuelle
- Limiter le nombre d'intervenants auprès du résident : professionnels affectés au secteur COVID
- Le résident porte un masque chirurgical si possible ainsi que les professionnels intervenant auprès de lui (Cf. fiche adaptation matériels et dispositifs de protection)
- Installer les EPI devant la chambre du résident
- Mise en oeuvre drastique des mesures d'hygiène : hygiène des mains, aération de la chambre, application stricte des mesures barrières, matériel dédié au résident suspect
- Bio Nettoyage de la chambre : Cf. avis SFHH relatif au traitement du linge, nettoyage locaux ayant hébergé un patient confirmé à COVID 19 et à la protection des personnel (07/02/2020)

•DANS LE DÉTAIL : Cf. "PRÉCAUTIONS D'HYGIÈNE EN EMS POUR UN RÉSIDENT CAS POSSIBLE/PROBABLE/CONFIRMÉ COVID-19" CPIAS HAUTS DE FRANCE - 18 MARS 2020

Alerter

- Le médecin de la structure prend contact avec le SAMU/Centre 15 en vue d'organiser le prélèvement
- La famille ou le représentant légal est informé de même que le médecin traitant
- L'ARS est informée : ars2a-alerte@ars.sante.fr copie ars-corse-medico-social@ars.sante.fr

Repérer les cas suspects : Les formes cliniques atypiques

- Les **signes cliniques les plus fréquents** du COVID 19 : **infection respiratoire aigüe**, (allant de forme pauci-symptomatiques ou évoquant une pneumonie) **sans ou avec signes de gravité** (syndrome de détresse respiratoire aigüe, voire défaillance multi-viscérale).
- **Toutefois chez le sujet âgé**, indépendamment des signes respiratoires plus classiques, constat d'une **symptomatologie atypique** du COVID 19 (Conseil national professionnel de gériatrie et la Société Française de gériatrie et gérontologie) se traduisant par des **signes digestifs** (notamment **diarrhée**), un **état confusionnel** ou des **chutes**, une **fébricule avec variations de température entre hyper et hypothermie**.
- En outre, il est constaté une **recrudescence d'anosmie brutale sans obstruction nasale**, parfois isolée qui pourrait être en relation avec le COVID 19 : une étude est engagée par le Conseil National professionnel d'ORL afin de préciser les éléments de cette constatation. Dans ce contexte, **il convient d'observer les vigilances suivantes** :
 - Toujours rechercher un symptôme d'anosmie sans obstruction nasale chez un patient suspect de COVID 19 ;
 - En présence d'une anosmie sans obstruction nasale et avec une agueusie, le diagnostic de COVID 19 est à considérer comme vraisemblable et ces patients doivent être de facto isolés ;
 - Ne pas traiter ces patients par corticoïdes inhalés ou per os et les lavages de nez sont décommandés, ils pourraient favoriser la dissémination virale.

Rappels des signes graves à dépister

- Respiratoire : Tachypnée (fréquence respiratoire > 22/min), Oxymétrie de pouls SpO2 < 90% (selon comorbidités)
- Hémodynamique : Pression artérielle systolique < 90 mm Hg ou pression artérielle moyenne < 70 mm Hg, sueurs, marbrures,
- Neurologique : altération de la conscience : confusion, somnolence
- Généraux (en particulier chez le sujet âgé) : Déshydratation, oligurie, altération de l'état général brutale, confusion

Contact tracing en EHPAD autour de cas confirmé(s) ou probables

Au préalable, en cas d'infection respiratoire aiguë basse d'allure virale ou bactérienne dans un EHPAD, il est préconisé de **réaliser un test à la recherche du virus SARS-CoV-2 chez les 3 premiers résidents présentant un tableau clinique évocateur de Covid-19** afin de confirmer un Covid-19.

Dans ce contexte de pandémie, il vous est demandé de signaler à l'ARS tout épisode d'IRA dès l'apparition du premier cas probable/possible/confirmé de COVID-19 : Ars2a-alerte@ars.sante.fr

1. **Mettre en place une cellule de crise avec la direction, le cadre ou l'infirmier coordinateur, le médecin coordonnateur l'EOH, et le médecin du travail pour :**
 - a. Organiser le suivi des contacts : cf. ci-dessous
 - b. Adapter le fonctionnement du service en prenant en compte le nombre de contacts à risque modéré/élevé (zone de cohorting, recours à l'intérim, ...)
 - c. Évaluer les conséquences sur le fonctionnement de l'établissement médico-social
 - d. Préparer l'information des personnels, du CHSCT, la communication interne et externe ...
2. **Dresser la liste des personnes contact au sein du personnel, des résidents et des visiteurs exceptionnels (familles, amis, transporteurs, professionnels libéraux...) :**
 - a. Considérer comme début de la période à risque d'exposition, les 24h avant le début des signes cliniques chez le cas.
 - b. Chez les résidents, sont considérés comme contact, tout patient ayant partagé la chambre du cas, ou assis à côté dans la salle de restauration ou le lieu de vie pendant la période à risque d'exposition.
 - c. Chez les personnels, sont considérés comme contacts tout personnel s'étant occupé du cas ou de ses analyses biologiques pendant la période à risque d'exposition : personnels médicaux et paramédicaux, brancardiers, kiné, diététiciens, techniciens de laboratoires, prestataires extérieurs (ménage), personnel administratif...
3. **Evaluer le risque pour chaque contact selon le type d'exposition**
 - a. **Pour le personnel interne ou externe (professionnels libéraux) à l'établissement et les résidents**

L'évaluation se fait au cas par cas, par l'établissement médico-social, collégialement avec le médecin du travail, à l'aide des questionnaires « sujet contact » des professionnels soignants (ou autres joints en annexe :

L'évaluation se fait en lien avec l'ARS, la cellule régionale de Santé publique France et si besoin le CPIAS, notamment pour les cas litigieux.

- Personne contact à risque modéré/élevé : personne (personnels de santé ou patients voisins de chambre ou de salle de restauration ou de lieu de vie...) ayant eu un contact rapproché (moins de 1 mètre) pendant au moins 15 mn avec un cas confirmé ou probable, sans équipements de protection ;
- Personne contact à risque faible : Personne ayant eu un contact < 15 mn avec un cas confirmé ou probable, sans équipements de protection ;
- Personne contact à risque négligeable : Personne ayant eu un contact avec un cas confirmé ou probable avec équipements de protection.

b. Pour les visiteurs exceptionnels (familles, amis, transporteurs, ...)

L'évaluation se fait par l'ARS et/ou la cellule régionale de Santé publique France à partir de la liste établie par l'établissement indiquant l'identité du cas confirmé ou probable et de chacun de ses contacts, ainsi que les coordonnées téléphoniques de ces derniers.

Cette liste est à transmettre à l'ARS via la boîte mail suivante : ars2a-alerte@ars.sante.fr copie ars-corse-medico-social@ars.sante.fr

4. Mettre en place les mesures adaptées au risque (cf. ci-dessus) et la surveillance des personnes contacts

a. Pour les résidents :

- Risque négligeable : Aucune mesure
- Risque faible :
 - Pendant 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas confirmé ou probable, surveiller :
 - Température deux fois par jour ;
 - Symptômes :
 - ⇒ Habituels : fièvre, toux, difficultés respiratoires, rhume, céphalées, douleurs musculaires, asthénie importante, conjonctivite, diarrhée, douleurs abdominales, éruption cutanée
 - ⇒ En particulier chez les résidents : changement brutal de comportement avec chutes à répétition et/ou signes de confusion, variation de température (oscillations entre hyper et hypothermie), instabilité hémodynamique, lymphopénie.
 - Dès l'apparition d'un de ces symptômes, porter un masque, s'isoler, contacter le médecin traitant (ou le médecin coordonnateur en l'absence du médecin traitant) ou le 15 en cas de signes de gravité.
- Risque modéré/élevé :
 - Isolement en chambre pendant 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas ;
 - Surveillance température et symptômes (cf. ci-dessus) 2 fois par jour ;

- Dès l'apparition d'un des symptômes évoqué(s) ci-dessus, porter un masque, contacter le médecin traitant (ou le médecin coordonnateur en l'absence du médecin traitant) ou le 15 en cas de signes de détresse respiratoire (cf. gestion cas probable)

Dans un contexte de cas groupés (au moins 2 cas chez les résidents) de COVID-19, tous les résidents de l'unité étant considérés à risque modéré/élevé, ils doivent être mis en isolement. La levée de ces mesures se fera 14 jours après le début des signes du dernier cas s'il est devenu asymptomatique sinon jusqu'à la disparition de ses signes cliniques.

b. Pour le personnel :

Remettre aux personnels les courriers d'information et les grilles de surveillance de la température (cf. annexe)

- Risque faible ou négligeable : porter un masque chirurgical pendant l'activité professionnelle pendant les 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas.
- Risque modéré/élevé :
 - En l'absence de symptômes, poursuite du travail avec renforcement des mesures barrières (dont port du masque pendant l'activité professionnelle) ;
 - Surveillance température et symptômes (cf. ci-dessus) 2 fois par jour ;
 - Dès l'apparition d'un des symptômes habituel(s) évoqué(s) ci-dessus, contacter le médecin traitant ou le 15 en cas de signes de gravité et faire le lien avec la médecine du travail.

Adaptation matériel et dispositifs de protection

- Privilégier le matériel à usage unique en cas de suspicion ou de confirmation de COVID 19 (matériel de repas compris).
- Pour les matériels en chambre à usage multiple : entretien dans la chambre du résident malade par désinfection au moyen de lingettes imprégnées d'un produit détergent désinfectant.

Actes à risques faibles

- Exemples : lever, mise au fauteuil, distribution des repas, distribution des médicaments
- Masque chirurgical
- Lunettes de protection (réutilisable)
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Blouse manches longues
- Hygiène des mains avec SHA (friction 30 secondes)

Actes à risque intermédiaire avec exposition à des liquides biologiques

- Exemples : toilette, change, retournement, prise de sang, conduite aux toilettes, mise en place de la prothèse dentaire
- Masque chirurgical
- Lunettes de protection (usage unique ou réutilisable)
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Blouse manches longues
- Surblouse en plastique à usage unique
- Mettre des gants à usage unique non stérile
- Hygiène des mains avec SHA (friction 30 secondes)

Actes à haut risque : geste invasif/manoeuvre de la sphère respiratoire

- Exemples : urgence vitale, intubation, soins de bouche, kiné. respiratoire
- Masque FFP2 : vérifier l'étanchéité par test ajustement (fit-check) - doit couvrir le nez, la bouche, le menton - ne pas manipuler une fois en place
- Lunettes de protection (usage unique ou réutilisable)
- Couvrir les cheveux d'une charlotte
- Blouse manches longues
- Surblouse en plastique à usage unique
- Mettre des gants à usage unique non stérile
- Hygiène des mains avec SHA (friction 30 secondes)

Gestion des excréta

Patients continents

- WC individuels
- Bassin avec protection sachet ET élimination des sachets dans les DASRI
- Nettoyage et désinfection au détergent désinfectant utilisé dans la structure ou à l'eau de javel (dilution selon le protocole annexé)

Patients incontinents

- Utilisation de protections et élimination dans les DASRI : protection et élimination dans les DASRI

Déchets

- Elimination des déchets dans la filière DASRI
- Un sac DASRI situé dans la chambre (surblouse jetable, tablier, gants, vaisselle à usage unique, linge à usage unique). Ce sac doit être fermé puis emballé dans un 2ème sac DASRI à l'extérieur de la chambre.
- Un sac DASRI situé hors de la chambre : masque +/- lunettes
- Evacuation circuit DASRI

Repas et vaisselle

- Repas en chambre
- Privilégier la vaisselle à usage unique + élimination filière DASRI
- Plateau à usage unique OU réutilisable à désinfecter avec une lingette imprégnée de détergent désinfectant
- Si vaisselle réutilisable : nettoyage habituel dans le lave-vaisselle

Linge

- **Linge à usage unique à éliminer dans les DASRI**
 - **Linge réutilisable** (si linge non souillé, le changer selon vos fréquences habituelles) :
 - Ne pas secouer les draps et le linge et ne pas le déposer au sol
 - Ne pas plaquer le linge et les draps contre soi
 - Déposer dans des sacs hydrosolubles de préférence
 - **Si pas de sacs hydrosolubles :**
 - Déposer le linge dans un sac plastique transparent soigneusement fermé
 - Emballer à l'extérieur de la chambre dans un 2ème sac
 - Évacuer les sacs en plastique dans le circuit linge classique selon la procédure de votre structure
- Laver le sol minimum 3 heures après avoir changé les draps

L'hospitalisation d'un résident confirmé

- La décision d'hospitalisation fait l'objet d'une décision collégiale au sein de l'équipe pluridisciplinaire, en lien avec le SAMU
- Le transfert du résident confirmé vers un établissement de santé doit s'accompagner d'une transmission de différents éléments qui faciliteront sa prise en charge.
- La famille ou le représentant légal doit être informé du transfert.

Mettre à jour

- Dossier de liaison d'urgence : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-07/dlu_doc_liaison_web.pdf
- le renseignement des comorbidités/fragilités doit être réalisé finement : gériatriques, cognitives/psychiques, fonctionnelles, nutritionnelles, psychologiques

Renseigner

- Pour tout résident COVID 19 il est conseillé de renseigner la **fiche "urgence pallia"** <http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>
- Les directives anticipées, quand elles existent, sont également à transmettre. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipe_es_10p_exev2.pdf
- Recueillir l'identité de la personne de confiance

Décider

- Mise en place d'une cellule d'éthique pluridisciplinaire permettant la collégialité des décisions notamment en cas de pronostic vital engagé et autour du statut réanimatoire du résident.
- Appui HAD, EMSP et référent gériatrique (en cours d'organisation).

Prélèvement en établissement médico-social (PA/PH)

- **Le prélèvement est réalisé au sein de la structure** médico-sociale où réside le cas suspect en fonction de son état clinique et des capacités locales de prélèvement.
- Seuls les 1ers patients résidant en structures médicalisées d'hébergement permanent présentant un tableau clinique évocateur de COVID 19 font l'objet d'un prélèvement : **si un établissement présente 3 cas confirmés il n'y aura plus de prélèvement => constat de cas groupé.**

Décider

- La décision de prélèvement résulte d'un échange entre le médecin de la structure et le SAMU-Centre 15

Réaliser

- Les prélèvements sont réalisés par le SAMU-Centre 15.
- Afin d'anticiper une saturation du SAMU, et d'assurer la continuité des prélèvements, un binôme est identifié, formé et équipé à ces prélèvements au sein de chaque établissement (méd/IDE, méd/ASD, IDE/IDE, IDE/ASD).

Attendre

- Les résultats du prélèvement ne sont pas immédiats ; à ce jour, un délai d'environ 24h est nécessaire : des travaux sont en cours pour réduire ce délai d'obtention des résultats grâce une organisation régionale.
- Dans l'attente, il est impératif d'observer scrupuleusement toutes les mesures barrières rappelées dans la partie "Repérer les cas suspects - Agir".
- Durant cette période, si aggravation des symptômes, mise en contact du médecin de la structure avec le SAMU-centre 15.
- Dès réception du résultat, information systématique de la famille. En cas de confirmation du diagnostic mobilisation immédiate du psychologue (lien famille, résident).
- En cas de cas confirmé, prise de contact avec l'ARS afin de déterminer les cas contacts à risque.

Préparer

- **Si cas groupé**, le référent COVID 19 coordonne la phase d'investigation, en lien avec le médecin de la structure :
 - Identification du cas, période d'incubation, durée du confinement, analyses biologiques à réaliser
 - Recherche du cas index ou "patient zéro"
 - Définition des personnes à risque
 - Courbe épidémique (professionnels, résidents)
 - Localisation géographique des cas
- **Signalement obligatoire au portail national des signalements**
- **En cas de difficultés à maîtriser l'épisode infectieux** : soutien CPIAS, équipe mobile d'hygiène.

La prise en charge d'un cas confirmé en structure médico-sociale (PA/PH)

- Un principe : la prise en charge des cas suspects et confirmés **ne présentant pas de critères de gravité** doit être assurée en priorité au sein des structures médico-sociales afin de ne pas saturer les établissements de santé.

Prendre en charge

- Respect des mesures barrières renforcées
- Respect des consignes de bio nettoyage de la chambre et gestion du linge (Cf. avis SF2H du 07/02/2020)
- Respect des techniques d'habillage et de déshabillage (Cf. formation CPIAS)
- Les déchets produits par la personne contaminée (dont les mouchoirs) suivent la filière d'élimination DASRI : Cf. Avis HCSP du 19 mars 2020
- Renforcer la prise en charge la nuit par un temps de présence infirmier ; selon la situation du chaque établissement renforcement du temps infirmier de nuit, organisation ou renforcement d'astreinte de nuit.
- Surveillance clinique pluri quotidienne du résident malade et du risque de décompensation
- Adapter le matériel : à destination du résident malade et pour les personnels (Cf. [fiche "Adaptation du matériel et des dispositifs de protection"](#))

Evaluer

- Les signes de gravité (Cf. [fiche « Repérer les cas suspects »](#)) :
 - *Troubles de la conscience*
 - *Altération de l'état général (AEG) brutal*
 - *Déshydratation*
 - *Signes de détresse respiratoires : FR>22/min, SaO2<90% AA, Tas<90 mm Hg*
- **Vigilance concernant l'oxygénothérapie** (Cf [fiche « Gestion de l'oxygène »](#)) :
Abstention d'aérosol, abstention VNI
- Devant toute aggravation du tableau clinique, le médecin contacte le SAMU-centre 15 afin que ce dernier autorise le transfert du résident malade vers un établissement de santé habilité.
- Si le principe de transfert d'un cas grave vers un établissement de santé habilité est réaffirmé, le retour d'expérience des régions lourdement impactées par une circulation active du virus montre qu'en pratique ces transferts peuvent être discutés au regard de la disponibilité des services de réanimation et du statut réanimatoire du malade. Une réflexion éthique est actuellement organisée au niveau régional.
- Informer la famille de toute dégradation de l'état de santé ; mobilisation du psychologue.

Prise en charge de la fin de vie et du décès d'un résident COVID 19

- Les ESMS doivent se préparer à un éventuel décès d'un résident suite à COVID 19 et ce même si le principe de transfert d'un cas sévère au sein d'un ES est réaffirmé.
- Le protocole "Fin de vie" défini au sein des établissements doit être actualisé afin de tenir compte des spécificités liées à l'infection COVID. (Cf. « **Fiche d'aide à la prise de décision de limitations de soins aux personnes résidents d'EHPAD en prévision d'une contamination COVID-19 symptomatique** »).
- L'attache des services funéraires doit être prise pour la disponibilité des housses funéraires.

Accompagner

- Activation de la cellule éthique pluridisciplinaire qui sera appuyée en tant que de besoin par l'EMSP ou un référent territorial "soins palliatifs" (travaux en cours).
- Des travaux sont en cours autour de la définition d'une procédure régionale visant à accompagner les établissements dans l'organisation d'une prise en charge de la fin de vie adaptée.
- Renforcement du rôle du psychologue vis à vis du résident, de la famille et du personnel (prévention de l'épuisement moral).
- Le rôle du psychologue est prépondérant dans l'accompagnement de la famille notamment en termes d'information de la conduite à tenir. En effet, la présence d'un proche du résident en fin de vie doit pouvoir être rendue possible sous réserve du strict respect des mesures de protection. Lors de la présence du proche au chevet du résident, le personnel devra assurer une vigilance constante quant au respect des précautions d'usage. (Cf. **Fiche d'informations ministérielle sur la conduite à tenir par les professionnels relatifs à la prise en charge du corps d'un patient infecté par le virus SRAS-CoV-2 du ministère des solidarités et de la santé**)

Sécuriser

- Tout corps de défunt est potentiellement contaminant. Les précautions standards doivent être appliquées lors de la manipulation du corps.
- Le personnel procède au bionettoyage de la chambre en respectant les mesures de précaution préconisées (Cf. **Avis HCSP du 18/02/2020 + fiche ministérielle précitée**).
- Le corps peut être lavé uniquement dans la chambre dans laquelle le résident était pris en charge, à l'aide de gants à usage unique (élimination DASRI) et sans eau.
- Le corps est déposé sur un brancard recouvert d'un drap à usage unique (élimination DASRI).
- Le corps est enveloppé dans un housse mortuaire étanche hermétiquement close. L'avis du HCSP du 18/02/2020 précise les modalités de nettoyage et désinfection de la housse mortuaire.
- Le corps reste dans la chambre ou est transporté dans la chambre mortuaire de l'établissement dans l'attente de la prise en charge par les services des pompes funèbres.
- Les consignes définies dans l'avis du HCSP du 18/02/2020 sont à rappeler aux services des pompes funèbres. (Cf. **Fiche « Conduite à tenir pour les pompes funèbres »**)

ANNEXES (Fiches)

Protocole habillage chambre de patient suspect/confirmé COVID19

À afficher à l'extérieur

1

HABILLAGE à l'EXTERIEUR

1. SURBLOUSE – manches longues



+/- Tablier plastique (si soins mouillants/souillants)



2. MASQUE

- Chirurgical



- ou FFP2 - Vérifier son étanchéité (Fit-check)



- o Absence de port du masque par le patient
- o Acte invasif sur la sphère ORL

3. LUNETTES de protection



4. COIFFE - Couvrir entièrement ses cheveux



5. SHA - Hygiène des mains



ENTREE DANS LA CHAMBRE

Réalisation des soins nécessaires

Protocole de déshabillage à l'intérieur dans la salle de bain de la chambre

<u>2</u>	<i>DESHABILLAGE <u>1</u> : à l'INTERIEUR (dans la salle de bains)</i>
	Retirer dans l'ordre : 1. TABLIER PLASTIQUE → jeter 2. GANTS → jeter 3. SURBLOUSE – accrocher sur clou/porte manteau face souillée vers mur pour réutilisation (si tissu) / si surblouse usage unique → jeter 4. SHA - Hygiène des mains 5. OUVERTURE DE PORTE  

Protocole de déshabillage à l'extérieur de la chambre

3

DESHABILLAGE 2 : à l'EXTÉRIEUR

1. SHA - Hygiène des mains 
2. FERMETURE DE PORTE
3. RETIRER LES LUNETTES → par les branches
4. RETIRER LA COIFFE → de l'avant vers l'arrière
5. RETIRER LE MASQUE
6. SHA - Hygiène des mains
7. DESINFECTION – LUNETTES – POIGNEE – TUBES – MATERIEL NON DEDIE



Si utilisation de lunettes de protection à usage multiple :

Si absence de liquides biologiques :

Nettoyer-désinfecter ce dispositif médical (DM) avec une lingette et un produit détergent-désinfectant, puis laisser sécher spontanément.

Si présence de liquides biologiques :

Immerger le DM dans une solution détergente-désinfectante* (respecter la dilution et le temps d'immersion indiqués par le fabricant)

Nettoyer par action mécanique, rincer puis sécher.

Nettoyer-désinfecter ce dispositif médical (DM) avec une lingette et un produit détergent-désinfectant, puis laisser sécher spontanément.

8. SHA - Hygiène des mains



**À afficher à
l'intérieur**

2

INTERIEUR de la CHAMBRE

Organisation des soins dans la chambre :

Prévoir le matériel pour respecter les Précautions Standard

Exemple :

- Prendre quelques gants dans un haricot- Produit détergent désinfectant – tubes...
- Individualiser au maximum le petit matériel.
- Les consommables non utilisés restent en chambre.

- Vérifier le stock O₂
- Si stock insuffisant ou inexistant : prendre contact avec un prestataire d'O₂ afin de mettre à votre disposition des bouteilles à oxygène.
- **Les extracteurs sont vivement contre-indiqués.**
- Un bio-nettoyage sera effectué et tracé sur les obus à oxygène.
- Les obus doivent être conservés dans des conditions particulières : Une procédure de stockage et d'utilisation des obus est proposée ci-dessous.
- Nous vous invitons également à prendre connaissance de toutes les informations et consignes communiquées par votre prestataire d'oxygène.

Les règles générales de stockage des bouteilles d'oxygène médical préconisées sont les suivantes :

- Les bouteilles sont stockées en position verticale
- Les bouteilles **doivent être protégées des risques de chocs et arrimées** pour éviter tous risques de chutes :
- La zone de stockage doit être à l'abri des intempéries, **propre et correctement ventilée**, afin de réduire les **risques de combustion** spontanée.
- Toute **source de feu ou de chaleur** à proximité des bouteilles est à **proscrire** : étincelle, circuit électrique, cigarette, flamme nue ...
- Les bouteilles doivent être **stockées à l'écart des produits combustibles** (essence, gasoil...) et des **produits gras** (graisse, cirage ...).
- La quantité de bouteille d'oxygène est rationalisée afin de limiter la source de comburant présent.
- Les bouteilles pleines doivent être séparées des bouteilles vides.
- Les bouteilles doivent être stockées fermées.
- Les **étiquettes** suivantes doivent être apposées sur le stockage



Attention ce produit est
un comburant



Ne pas fumer à proximité
du stockage



Attention ce produit est un
gaz sous pression

Types de stockages possibles (par ordre décroissant de sécurité **1 2 3**) :

1 A l'extérieur du CT :

Dans une cage dédiée, située à au moins 1 m de toute zone accessible au public, de circulation et de stationnement.



Cage fixée au mur

Socle stable et dur
de surélévation

A l'intérieur du CT :

- **2** Dans un local dédié identifié par un marquage, ventilé, fermé à clé, disposant d'un système permettant d'éviter les chutes des bouteilles
- **3** En module de stockage :
 - 2 pour CT avec 1 VSAV (1 pour bouteilles pleines, 1 pour bouteilles vides)
 - 3 pour CT avec 2 VSAV (2 pour bouteilles pleines, 1 pour bouteilles vides)



Notes de service concernant les bouteilles d'O₂ :

- NDS n°2007-102 - Consignes de sécurité et de vigilance relative à l'utilisation de l'oxygène médical
- NDS n°2008-129 - Consignes de sécurité pour l'utilisation des bouteilles d'oxygène médical
- NDS n°2011-104 - Aménagement du stockage des bouteilles d'oxygène médical dans les casernements

Désinfection JAVEL

Dans le cadre de l'épidémie de COVID19, l'utilisation de la javel est recommandée dans le cas où l'utilisation des produits habituels n'est plus possible, et uniquement dans ce cas.

Une fiche technique vous est présentée ci-après concernant les usages de la Javel en désinfection. Elle est issue d'une procédure du CCLIN – ARLIN. <http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc11/0030358.pdf>

Pour la désinfection de matériel, le temps d'action de la solution d'eau de Javel est également de 10 minutes et nécessite un rinçage.

Bionettoyage des chambres (sol et surfaces) au moins 1 fois par jour, en insistant tout particulièrement sur les surfaces horizontales (adaptables, paillasse,...), les surfaces fréquemment touchées (poignée de porte, barrière de lit, dispositifs pour appel des soignants, téléphone, ...), les surfaces visiblement souillées et les sanitaires
Séquence en 3 temps :



Nettoyage avec un produit détergent



Rinçage à l'eau



Désinfection des sols et surfaces avec une solution d'eau de Javel à 2,6% diluée au 1/5^{ème} (cf. encadré ci-dessous)



Laisser sécher pour obtenir un temps d'action de **10 mn**

Rincer obligatoirement les surfaces en inox après javellisation

Nettoyage et désinfection à l'Eau de Javel (mêmes concentration et temps de contact) **de l'équipement réutilisé** entre deux patients (en particulier soulevé-malade, matériel de rééducation)

Utilisation en désinfection de l'Eau de Javel : solution à 2,6% diluée au 1/5^{ème}



9,6%

Si utilisation de **berlingots de 250ml (solution à 9,6%)** :

- 1- dilution dans un flacon de 1 litre (berlingot de 250ml + 750ml d'eau froide pour obtenir une solution de 1 litre à 2,6%),
- 2- puis nouvelle dilution au 1/5^{ème} (1 litre de la solution préparée dans 4 litres d'eau).



2,6%

Si utilisation de **bidons de 1 ou 2 litres (solution à 2,6%)** :

- dilution directe au 1/5^{ème} (1 litre du bidon dans 4 litres d'eau)

Conduite à tenir pour les Pompes Funèbres

Recommandations à l'attention du PERSONNEL SOIGNANT pour la prise en charge du corps d'un patient infecté par le virus SARS-CoV2, décédé dans un établissement de santé :

- PREVENIR le service de la chambre mortuaire et le service de brancardage.
 - REGLES D'HYGIENE : précautions STANDARD et COMPLEMENTAIRES DE TYPE AIR ET CONTACT
 - o Revêtir les équipements de protection individuelle (EPI), selon la procédure de prise en charge d'un patient infecté par le virus SARS-CoV2.
 - o Dans la chambre où a été hospitalisé le défunt.
 - o Dans le service de médecine légale (le cas échéant).
 - PRISE EN CHARGE DU CORPS :
 - o Toilette du corps : réaliser la toilette mortuaire, sans eau, dans la chambre. Utiliser des serviettes et gants à usage unique. Les gants de toilette doivent être pré-imbibés d'une solution nettoyante et conçus pour être utilisés sans eau et sans rinçage. Le nécessaire à toilette sera éliminé dans la filière DASRI.
 - o Brancard : faire amener, devant la porte de la chambre d'hospitalisation, un brancard préalablement recouvert d'un drap à usage unique et une housse mortuaire étanche et hermétique.
 - o Déposer le corps du patient sur le drap du brancard, identifier le corps de l'identité du patient et le recouvrir avec le drap.
 - o Envelopper le corps (et le drap) dans la housse mortuaire étanche hermétiquement close.
 - o Identifier l'identité du patient sur la housse.
 - o Nettoyer la housse mortuaire avec un bandeau de lavage à usage unique imprégné d'un produit détergent, puis rincer la housse à l'eau du réseau avec un autre bandeau de lavage à usage unique à éliminer dans la filière DASRI.
 - o Désinfecter la housse avec de l'eau de javel à 0,5 % avec un temps de contact de 1 minute (ou tout autre produit virucide selon la norme NF 14476) avec un bandeau de lavage à usage unique différent des deux précédents.
- Ces étapes seront effectuées par les soignants ayant réalisés la toilette mortuaire. Si la corpulence du défunt le nécessite, elles pourront requérir l'aide de brancardiers, qui devront alors revêtir les EPI adéquats.
- o Transférer le corps sur le brancard et dans sa housse en chambre mortuaire.

- BIONETTOYAGE DE LA CHAMBRE :

Les mesures préconisées dans l'avis de la Société française d'Hygiène Hospitalière du 7 février 2020 relatif au traitement du linge, au nettoyage des locaux ayant hébergé un patient confirmé à SARSCoV2 (2019-nCoV) et à la protection des personnels doivent être appliquées.

Recommandations à l'attention du PERSONNEL FUNERAIRE (chambres mortuaires) :

- REGLES D'HYGIENE : précautions standard lors de la manipulation de la housse, comprenant une hygiène des mains avant et après manipulation de la housse étanche et l'usage d'EPI (Surblouse et gants à UU).
- SOINS DE CONSERVATION : aucun acte de thanatopraxie ne doit être pratiqué.
- NE PAS OUVRIR la housse.
- MISE EN BIÈRE : le corps doit être déposé en cercueil simple (répondant aux caractéristiques définies à l'article R. 2213-25 du code général des collectivités territoriales) et la fermeture définitive du cercueil réalisée sans délai.

Fiche d'aide à la prise de décision de limitations de soins aux personnes résidents d'EHPAD en prévision d'une contamination COVID-19 symptomatique

(Source : Groupe hospitalier de la Haute Saône - Source : Fiche LATA EHPAD Contamination COVID-19 Normandie 19/03/20)

⚠ NE DEFINIT PAS UNE SITUATION PALLIATIVE OU NON DU PATIENT, NE SERT QUE DURANT LA DUREE DE L'EPIDEMIE AU COVID-19.
A pour but d'aider le Samu, les réanimateurs à définir le niveau de soins en cas de décompensation au vu du contexte épidémiologique.

RÉDACTEUR(S)

Nom(s) :

Statut(s) :

Date de la rédaction de la fiche :

Tél :

PATIENT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Nom de l'EHPAD :

Médecin traitant :

Médecin coordonnateur :

Personne de confiance :

Discussion ou directives anticipées

oui ☐

non ☐

à préciser

Souhait de décès à domicile :

oui ☐

non ☐

NSP ☐

AUTONOMIE – DEPENDANCE

GIR : 1 à 6 au moment de la rédaction de la fiche :

Score OMS / Karnofsky :

PATHOLOGIES – COMORBIDITÉS pouvant impacter une décision de non réanimation selon le médecin

- ☐ Patient en situation palliative exclusive/ ou phase terminale de sa maladie
- ☐ Troubles nutritionnels (obésité morbide/ dénutrition sévère) :
- ☐ Troubles psycho-comportementaux :
- ☐ Démence ou pathologies neurodégénératives (dont SLA) :
- ☐ Cardiovasculaires :
- ☐ Diabète compliqué :
- ☐ Insuffisance d'organe évoluée / évolutive (rénale, respiratoire, hépatique, cardiaque) :
- ☐ Cancer ou hémopathie avancé / évolutif :

En cours de traitement oui ☐ non ☐ et objectif du traitement :

☐ Immunodépression :

PROJET DE SOINS JUSTIFIÉ PAR UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE ANTÉRIEURE :

Avis du patient recueilli :	oui ☐	non ☐	non adapté/ impossible	☐
Avis de la personne de confiance recueilli :	oui ☐	non ☐	non adapté/ impossible	☐
Avis de la famille recueilli :	oui ☐	non ☐	non adapté/ impossible	☐

DÉMARCHES ANTICIPÉES SUR LE NIVEAU DES SOINS : Transfert hospitalier +/- réanimation en cas de détresse

- ☐ **OUI : contacter SAMU**
- ☐ **NON DECIDÉ : contacter SAMU**
- ☐ **NON : maintien de la personne au domicile ou en structure pour des traitements/soins proportionnés en s'aidant d'une discussion collégiale ou des prescriptions anticipées**

Patient informé de la démarche :	oui ☐	non ☐	non adapté/ impossible	☐
Personne de confiance informée :	oui ☐	non ☐	non adapté/ impossible	☐
Famille /proche informés :	oui ☐	non ☐	non adapté/ impossible	☐

Signature :

NOTICE D'AIDE AU REMPLISSAGE

CETTE FICHE EST

- Issue d'un travail collégial entre médecins de différentes spécialités (urgences, réanimation, soins palliatifs, gériatres, médecine générale, éthique) de Normandie.
- Une aide décisionnelle pour éviter une saturation des structures hospitalières avec des personnes fragiles dont malheureusement une réanimation ne serait pas bénéfique en cas d'atteinte symptomatique du Covid 19.
- **Une fiche à remplir idéalement pour chaque patient d'EPHAD.**
- À remplir par un médecin (traitant ou coordonnateur) avec une bonne connaissance du patient après en avoir discuté avec l'équipe soignante de l'EPHAD. L'avis du malade, à défaut de sa personne de confiance, à défaut de sa famille ou de ses proches sera recueilli. Les directives anticipées, si elles sont rédigées et le malade dans l'incapacité de s'exprimer seront consultées pour éclairage. Il faut noter que cette situation extraordinaire ne doit pas être l'occasion de rendre obligatoire la rédaction des directives anticipées.
- Un outil essentiel de dialogue avec le SAMU ou une structure hospitalière en cas de décision de transfert en amont.
- Facilement accessible dans le dossier de soins du patient, éventuellement à transmettre à l'équipe mobile de soins palliatifs de son territoire afin de pouvoir accompagner une dégradation symptomatique.

► Il n'y a pas d'obligation de statuer l'absence ou non de limitation de soins pour chaque patient.

► Il est important d'informer le malade et/ou ses proches des conclusions actées par le médecin.

CETTE FICHE N'EST PAS OU NE DOIT PAS ÊTRE

Un support suffisant pour prendre en compte les spécificités des patients.

Utilisée en dehors du contexte d'épidémie du Covid 19.

Un abandon des soins des patients. En cas de limitation des transferts pour un patient le médecin devra s'efforcer de soulager les symptômes de son patient, si besoin avec l'aide d'une équipe mobile de soins palliatifs.

AUTONOMIE – DEPENDANCE : Il s'agit ici d'avoir une idée de l'autonomie générale du patient. En cas de flux massif des patients vers les structures hospitalières l'autonomie et les GIR 1-2 pourraient constituer des critères de non admissions aux urgences.

PATHOLOGIES – COMORBIDITÉS : il s'agit ici de mettre en avant les comorbidités présentes du patient. Les éléments proposés reprennent entre autres les critères de gravités mis en avant par le haut conseil de la santé publique dans son avis du 5 mars 2020.

Il appartient au médecin remplissant la fiche de ne cocher que les cases pour lesquelles la pathologie lui semble impacter une décision de non réanimation.

Et également de préciser pour chaque case cochée la sévérité de la maladie.

PROJET DE SOINS : Dans cet encadré le médecin pourra écrire des éléments qui lui semblent pertinent dans la réflexion actuelle ou future autour de la situation du patient. Pourront être mis en avant des désaccords autour de la situation entre les soignants, le patient ou avec la famille, des précisions cliniques ou biographiques.

Cet encadré met également en avant la participation du patient ou de son entourage pour l'élaboration du projet de soins.

EN CAS DIFFICULTÉS POUR REMPLIR CETTE FICHE : le médecin et l'équipe qui la remplissent peuvent solliciter l'avis d'un médecin extérieur, d'une équipe de soins palliatifs ou d'un groupe d'éthique clinique afin d'avoir une collégialité.

DÉMARCHES ANTICIPÉES : Il s'agit de préciser ici si des décisions ont été prises. Il est possible de ne pas se décider après la rédaction de la fiche.

Si une décision de transfert hospitalier est prise cette fiche ne garantit pas une prise en charge hospitalière en cas d'épidémie et de surcharges des services hospitaliers.

La décision de mise en place de réanimation sera de toute façon discutée avec le SMUR et les réanimateurs, cette fiche n'est pas là pour garantir une prise en charge réanimatoire.

INFORMATION : il est important d'informer le patient, sa personne de confiance ou ses proches des décisions prises, de préciser si le patient n'est pas informé pourquoi cela n'a pas été fait.